

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Evaluación del tiempo de espera en cirugía electiva como indicador de
Calidad Asistencial en el Servicio de Cirugía Plástica del HCAM**

Juan Fernando Rengel Maldonado

**Sandra Salazar, MD, MPH
Directora de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia en Salud

Quito, diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Evaluación del tiempo de espera en cirugía electiva como indicador de
Calidad Asistencial en el Servicio de Cirugía Plástica del HCAM**

Juan Fernando Rengel Maldonado

Firmas

Sandra Salazar, MD., MPH.

Directora del Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.

Director Especialización de Gerencia en Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., Ph.D.,

Decano Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD, M. Ed., F.A.A. P.,

Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, diciembre de 2015

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Juan Fernando Rengel Maldonado

Código de estudiante: 00125174

C. I.: 1710739614

Lugar, Fecha Quito, diciembre de 2015

DEDICATORIA

A mis hijos, Esteban Fernando y Ana Victoria, razón y motor de mis esfuerzos y desvelos.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que con su ejemplo han marcado mi vida; a mis maestros de la Especialidad en Gerencia en Salud, que con generosidad han compartido sus conocimientos; a mis compañeros, con quienes compartimos vivencias inolvidables.

RESUMEN

La calidad en los servicios de asistencia sanitaria se impone como un reto para el sistema médico nacional, más aun en la antesala de la implementación de la Red Pública de Salud. En consecuencia se han hecho muchos esfuerzos para certificar instituciones con ISO 9001-2008.

En lo que atañe a la prestación de salud en servicios quirúrgicos uno de los problemas de mayor impacto es el progresivo aumento de la lista de espera para cirugía electiva, cuyo manejo racional puede dar fe de la eficacia y eficiencia en la gestión de un sistema de salud, evitando complicaciones y gastos indeseables.

Se propone un estudio retrospectivo cuali-cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo del manejo de los tiempos de espera en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica del Hospital Carlos Andrade Marín, que por ser única en la provincia y carecer de un segundo nivel de referencia es el marco adecuado para estudiar el tema, y sugerir cambios que permitan una gerencia racional del racionamiento del servicio.

Se ha planteado como hipótesis que la modificación en los procesos que llevan al paciente desde su primera consulta de especialidad hasta la ejecución de la cirugía electiva reduce el tiempo promedio de espera para cirugía electiva y como consecuencia mejoran la calidad en la asistencia sanitaria en cirugía plástica y reconstructiva.

Este estudio pretende el desarrollo de un mecanismo para el manejo equitativo de la provisión de servicios quirúrgicos en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HCAM; para este fin, el análisis de los procesos y organización con sus resultados actuales nos ayudará a establecer parámetros cuantificables e identificar falencias en los mismos, y generar las sugerencias de cambio para mejorarlos.

Palabras clave: calidad, asistencia sanitaria, lista de espera, tiempo de espera, cirugía electiva.

ABSTRACT

The quality of health care services is imposed as a challenge for the national health system, but also in the prelude to the implementation of the Public Health Network. Consequently there have been many efforts to certify institutions with ISO 9001-2008.

With regard to the provision of health services in surgical one of the problems of greatest impact is the progressive increase in the waiting list for elective surgery, which sound management can attest to the effectiveness and efficiency in managing a system health, avoiding undesirable complications and expenses.

A retrospective and quantitative qualitative, observational, transverse and descriptive study of the management of waiting times in the Technical Unit of Plastic Surgery Hospital Carlos Andrade Marín is proposed that for being unique in the province and lack of a second reference level is the appropriate framework to study the issue and suggest changes that allow management rationed rationing of service.

It has been hypothesized that changes in the processes that lead to the patient from his first visit specialty to execution of elective surgery reduces the average wait for elective surgery time and consequently improve the quality of health care in plastic surgery and reconstructive.

This study aims to develop a mechanism for the equitable management of the provision of surgical services in the Technical Unit of Plastic and Reconstructive Surgery HCAM; for this purpose, the analysis of processes and organization with their actual results will help us establish measurable benchmarks and identify shortcomings in them, and generate suggestions for change to improve.

Keywords: quality, health care waiting list, waiting time, elective surgery.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción	10
Revisión de la literatura	27
Metodología y diseño de la investigación	35
Análisis de datos.....	38
Resultados esperados	47
Referencias.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Determinación de variables	25
Tabla No. 2: Indicadores.....	38
Tabla No. 3: Cronograma	45
Tabla No. 4: Presupuesto	46

INTRODUCCIÓN

La calidad se presenta ante nuestros ojos como un concepto esquivo, abordado por muchos autores en textos sin fin, que nos dan una idea no tan clara de lo que implica en sí mismo.

Sin lugar a duda no podemos llegar a una definición sencilla porque está supeditada a la expectativa que sobre ella tienen quien provee y quien recibe la asistencia sanitaria. También toma importancia la sociedad y el estado, como el punto de partida que enmarcar la asistencia en salud como base de oferta, que idealmente debe estar en concordancia con las demandas locales. Esto último, muchas veces es relegado a un plano secundario.

Pasamos a un plano subjetivo, es decir, lo que cada protagonista en la calidad espera de un servicio de salud con las condiciones dadas de antemano por estructura y presupuesto para conseguirlo.

Podemos ir a la idea simplificadora, dominante en nuestro país, en la que se rija por la cantidad de pacientes atendidos, sin ver más allá de esto. O en su lugar, enredarnos entre vericuetos que no nos conducen a la realidad que vivimos.

Es por esto que se impone un análisis franco que sea el conductor de las políticas que nos llevarán a la calidad, evitando de manera frontal la ineficacia que es un incremento en los costos sin mejora en los resultados. (A. Donabedian, 2001)

Antecedentes

En el Hospital "Carlos Andrade Marín" se ha gestionado la calidad de los servicios de salud que oferta con la recopilación de datos de atención en las distintas dependencias que cada Unidad Técnica tiene (hospitalización, consulta externa, cirugías, etc.). Estos datos han

sido tomados como un resultado final de la evaluación de calidad, es decir, lo trascendente ha sido la cantidad (producción) de atenciones médicas, estudios diagnósticos, procedimientos, cirugías, etc.; sin tomar en la cuenta aspectos adicionales.

Se han hecho ensayos con encuestas de satisfacción y recepción de quejas; una vez planteada la queja, la coordinación de gestión de calidad la transmite a la Dirección Técnica que la envía a la Jefatura de la Unidad correspondiente. Una vez justificada la queja se busca la forma de solventarla.

Mediante la Resolución No. 468 CD del Consejo Directivo del IESS con fecha 30 de mayo de 2014, fue establecido el Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de la Unidades Médicas de III Nivel del IESS, y contempla la creación de la Coordinación General de Control de Calidad dependiente de la Dirección Técnica del Hospital, con las siguientes Jefaturas de Unidades Técnicas a su cargo:

1. Unidad de Admisión.
2. Unidad de Calificación Médica.
3. Unidad de Trabajo Social.
4. Unidad de Gestión Hospitalaria.
5. Unidad de Atención al Cliente.
6. Unidad de Archivo y Documentación Clínica.

En su artículo 35 indica las funciones de dicha coordinación y las jefaturas a su cargo, dentro de las cuales destaco los siguientes numerales:

4) “Consolidar los registros estadísticos de los servicios prestados por cada una de las Coordinaciones de la Unidad Médica.

6) Preparar la documentación necesaria para que la Unidad Médica reciba las acreditaciones y licenciamiento que autoricen su funcionamiento.

11) Atender los reclamos del usuario.

12) Preparar indicadores de satisfacción del usuario con la calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios de la Unidad Médica.

14) Informar a la Dirección Técnica de la Unidad Médica sobre los resultados de la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de las Jefaturas a su cargo”.(IESS, n.d.)

Con esto se pretende dar la importancia que merece el control en la calidad. Sin embargo, no existe una acción coordinada para conseguir este objetivo.

Otro esfuerzo por establecer una normativa de calidad se ha dado durante el presente año a través de la implementación de IESS-PR (IESS por resultados) y la inducción para la acreditación ISO 9001:2008.

De esta forma, se realizó la capacitación para el uso del primero para un equipo de cada Jefatura dependiente de las distintas Coordinaciones del hospital; dentro de las cuales se solicitó fijar proyectos a ser vigilados a través del software denominado “Gobierno Por Resultados” de licencia exclusiva de la empresa mexicana e-Strategia Consulting Group S.A. de C. V. Nuevamente chocamos con el hecho cierto que se busca evaluar resultados antes que los procesos o los demás componentes de calidad.

En abril del 2015 se inició el proceso de inducción para la obtención de ISO 9001:2008, al momento se ha despachado los formularios de autoevaluación a cada Jefatura de Unidad Técnica del Hospital; previo a esto algunas unidades, como Cirugía General, Laboratorio y Centro Quirúrgico, ya obtuvieron la certificación.

En lo que atañe a las Unidades Técnicas Quirúrgicas el panorama no cambió, aunque en varios memorandos se insistió en que se dé prioridad a las cirugías de tercer nivel, previo a lo cual se solicitó una cartera de servicios de cada Unidad Técnica.

La prestación médica en la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva que ofrece el HCAM a los beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), no tiene réplica, es decir, no hay otro servicio de plástica en la ciudad de Quito, y recibe pacientes referidos de provincias vecinas y distantes (Imbabura, Esmeraldas, Cotopaxi, Manabí, Orellana, Santo Domingo de los Tsachilas, entre otras).

Para el 27 de agosto del 2014, el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados no contaba con camas para hospitalización y tenía asignadas 12 horas en quirófano central a la semana y 30 horas en quirófano de la Unidad de Quemados, en las que también se operaban a los paciente hospitalizados en quemados, con una producción de 70 cirugías mensuales entre cinco tratantes y el encargo de cuidar una media de 40 pacientes hospitalizados en los distintos servicios del hospital, y 10 en quemados. El servicio se organizaba de la siguiente manera:

- I. Cirugía Plástica hospitalización: 1 médico tratante y un residente.
- II. Traumatología: 1 médico tratante y un residente.
- III. Periféricos e interconsultas: 1 médico tratante y un residente.
- IV. Clínica de heridas y urgencias: 1 médico tratante y un residente.
- V. Quemados: 1 médico tratante, un residente y un interno rotativo.

Gracias a la gestión de la Coordinación de Hospitalización y Ambulatorio, y la Jefatura del Área de Cirugía, la solicitud de Cirugía Plástica de camas en hospitalización y tiempo quirúrgico en quirófano central fue atendida: nos fueron asignadas 4 camas en el piso que

comparten Oftalmología con Cirugía Vascular; y el tiempo quirúrgico en quirófano central se amplió a 18 horas a la semana. Estas medidas consiguieron que la lista de espera de la Unidad baje de 800 a 425, éste último es el número que se maneja al momento.

La jubilación de uno de los médicos tratantes y la ejecución de la resolución No. CD 468, que sin soporte técnico adaptado a la realidad del HCAM, dispuso la división del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados en dos Unidades Técnicas: Quemados y Cirugía Plástica; trajo como resultado que el trabajo de los médicos tratantes se vea menguado y dividido frente a un notorio incremento de la demanda por los servicios de especialidad. De esta forma, uno de los médicos fue a ocupar la Jefatura de la Unidad Técnica de Quemados y a ser el único especialista en ella, y los otros tres distribuyeron sus esfuerzos para cubrir las restantes áreas en el ámbito de la especialidad.

Con la limitación en la cantidad de médicos especialistas se estableció la asignación de tareas para atender el requerimiento del hospital, clínica de heridas y consulta de la siguiente forma:

- a. Hospitalización: 1 médico tratante y 1 residente.
- b. Periféricos y emergencia: 1 médico tratante y 1 residente.
- c. Traumatología: 1 médico tratante y 1 residente.
- d. Clínica de heridas fue cubierta con la ampliación de la agenda de la consulta externa un día a la semana por cada médico tratante.
- e. Las emergencias son resueltas con la asistencia al hospital de uno de los médicos tratantes, y las urgencias ingresando a piso a los pacientes para que puedan ser planificados, toda vez que por la complejidad del hospital en estos últimos no tienen riesgo vital. Cuando no es posible su resolución de estas

formas se da paso a la transferencia de los pacientes a otros hospitales de la red pública o clínicas de convenio. Debo mencionar que no existe disposición alguna por parte de las autoridades competentes para la compensación de horas trabajadas fuera del horario normal de labores.

El tiempo promedio calculado para la atención de interconsultas a emergencia es de 2.6 horas. La atención a la interconsulta no significa resolución porque en algunos casos nos vemos limitados por la disposición de espacio en el hospital y en quirófano.

Fue solicitado un informe al comité de infectología del hospital sobre la idoneidad de ocupar el quirófano de la Unidad de Quemados para cirugías emergentes y electivas de Cirugía Plástica, que fue respondido en septiembre del 2014, dando su aval para continuar con la cirugía que por más de diez años se venía realizando en el quirófano de quemados. Es importante mencionar los criterios con los que el Centers for Disease Control and Prevention del National Healthcare Safety Network de EEUU (CDC/NHSN) define una quemadura infectada (CDC, 2014), toda vez que hay que establecer la diferencia entre colonización, frecuente entre pacientes que han perdido su piel y tienen expuestos al ambiente sus tejidos profundos, e infección; así: “los pacientes tienen un cambio en la apariencia o característica de la herida de la quemadura, como separación rápida de la escara, o decoloración de la escara a café oscuro, negro o violáceo; Y organismos cultivados de sangre en ausencia de otra infección identificable”.

En un segundo informe suscrito por el Comité de Infectología en abril del 2015, sin cambiar ninguna de las condiciones de demanda de la unidad de quemados o tipo de pacientes ahí ingresados (porque la unidad de quemados no aumentó su número de camas de hospitalización), justificándose en cultivos de exudado (no de tejido) sin un recuento de

unidades formadoras de colonia o hemocultivos, mencionó lo siguiente: "...El quirófano que está en la unidad de quemados sea de uso exclusivo para la especialidad respectiva (quemados)". Cabe mencionar que quemados no es otra especialidad. Comenzó así un periplo para la Unidad Técnica de Cirugía Plástica, que oportunamente demostró que de los 713 procedimientos realizados en 2014, solo el 2.8% tuvieron infección del sitio quirúrgico, muy por debajo de los estándares para el tipo de cirugía.

La Jefatura del Área de Cirugía delegó a la Jefatura de Cirugía Plástica y Reconstructiva la coordinación del quirófano de la Unidad de Quemados, que depende del Centro Quirúrgico el 9 de abril del 2015 con la premisa de: "...pacientes de la Unidad de Quemados tienen prioridad todos los días...". Este condicionante determinó, en muchas ocasiones, que la cirugía planificada por parte de Cirugía Plástica sea suspendida por prolongación en el tiempo quirúrgico de lo programado por la Jefatura de la Unidad de Quemados. Esto generó diferimiento en el tratamiento quirúrgico para pacientes hospitalizados en Traumatología e Infectología, y reprogramaciones en los pacientes ambulatorios; y, por lo tanto reducción en la cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados y aumento en las suspensiones de cirugía.

La prioridad de un paciente que ha sufrido una quemadura está definido por la extensión y profundidad de la misma, el manejo inicial de reposición de líquidos y electrolitos, escarectomía temprana y cobertura cutánea precoz, determinan reducción en la morbilidad y mortalidad. El cumplimiento de lo citado no puede ir en desmedro de la atención de pacientes que por origen distinto requieren atención semejante.

De esta forma se ha dado un aumento de la suspensión de la cirugía electiva en un 20%, cuya principal causa es la “prolongación de cirugía previa” y como segunda causa “falta de asistencia de paciente”. Lo mencionado aumentó la lista de espera para cirugía.

Una forma fácil de justificar lo mencionado es atribuir el crecimiento de la lista de espera, en consecuencia (no estudiado) el tiempo de espera para cirugía a situaciones externas a la administración de la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva, tales como:

1. División del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados en dos Unidades Técnicas en cumplimiento a la resolución No. CD 468, que determina la división de recursos humanos, financieros de una manera inequitativa en relación a la carga de trabajo, así:
 - a. Unidad Técnica de Quemados:
 - i. 10 camas de hospitalización
 - ii. Promedio de 1 interconsulta al día
 - iii. 1 médico tratante y 1 medico devengante
 - iv. 4 médicos residentes
 - v. 1 interno rotativo
 - vi. 21 horas de quirófano a la semana
 - vii. Promedio de 10 pacientes atendido en día de consulta externa por un tratante y un médico devengante.
 - b. Unidad Técnica de Cirugía Plástica
 - i. 4 camas de hospitalización

- ii. 30 a 40 pacientes hospitalizados en otros servicios del hospital al cuidado diario de UTCPR. Cada médico tratante pasa visita a 13 pacientes al día.
 - iii. Promedio de 32 interconsultas al día
 - iv. 3 médicos tratantes
 - v. 6 médicos residentes
 - vi. 1 interno rotativo
 - vii. 27 horas de quirófano a la semana
 - viii. Promedio de 18 pacientes atendidos por día de consulta externa por cada tratante.
2. Limitación en tiempo quirúrgico para una prestación de salud especializada que solo se oferta en la ciudad.
 3. Falta de gestión en Talento Humano para la contratación de dos médicos tratantes para completar el número de especialistas en la unidad.
 4. Falta de segundo nivel en la especialidad.

Lo indicado antes puede ser subsanado desde la Gerencia del Hospital o instancias superiores. Una Jefatura de Unidad, lo puede poner en evidencia y sugerir la solución, su resto consiste en mejorar la calidad de la atención con las limitantes inherentes al hospital y al sistema mismo de prestación de salud del IESS.

En este marco de acontecimientos que rodea la prestación médica de especialidad que brinda la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva es prudente dividir los problemas que limitan la calidad de atención en los siguientes tipos:

- a. Estructural:

- 1) Recursos materiales limitados en área física para hospitalización, quirófanos, área de consulta y procedimientos.
- 2) Recursos humanos limitados y divididos entre dos Unidades Técnicas con médicos de la misma especialidad.
- 3) Estructura organizativa caótica porque las referencias al tercer nivel no las hace un especialista en cirugía plástica de segundo nivel. Cabe mencionar que la referencia adecuada al nivel más alto de la especialidad debería ser hecho por otro especialista que cumple la función de filtro en el segundo nivel.

b. Proceso:

- 1) Tiempo de espera para cirugía prolongado.
- 2) Diferimiento de cirugías de emergencia.

c. Resultados:

- 1) Cantidad de cirugías represadas (representadas objetivamente en la lista de espera).
- 2) Total de transferencias, que en realidad son mínimas excluyendo las que se hacen por la Unidad Técnica de Urgencias.
- 3) Cirugías planificadas, ejecutadas y suspendidas. En estas últimas, el motivo de su suspensión pondrá en evidencia cual fue la falla en el proceso para llegar a ese resultado.
- 4) Grado de satisfacción de los usuarios deteriorados por los tiempos de espera que, en algunos casos, llegan a dos años.

d. Relacionados al sistema sanitario del IESS:

- 1) Falta de definición de las competencias de cada nivel de atención.
- 2) Ausencia total de la especialidad en un segundo nivel.
- 3) Masificación de los beneficiarios de la prestación médica de la aseguradora sin una capacidad instalada que pueda responder a la demanda.

e. Relacionados a la organización del hospital:

- 1) Ejecución de la resolución No. 468 CD.
- 2) Tiempo muerto de 1h a 1h30 entre cirugía y cirugía en el Centro Quirúrgico.
- 3) Espacio quirúrgico, definido como el tiempo que cada especialidad tiene al día, en horas, para planificar cirugía electiva en los quirófanos del Centro Quirúrgico del Hospital. En este numeral se debe hacer hincapié en la necesidad de dar prioridad al tratamiento de patología de especialidad que no puede ser tratada en otro hospital o dispensario de segundo nivel; por ejemplo, especialidades como traumatología y cirugía general planifican y resuelven problemas que puede ser atendidos en segundo nivel, saturando el espacio quirúrgico y disminuyendo la capacidad resolutive de patología de esas especialidades de tercer nivel y la de otras especialidades.

Determinar en cuál ámbito podemos actuar desde la posición de gerente de 1ra línea (Jefe de Unidad) es el problema que nos atañe (Robbins, Decenzo, & Coulter, 2013). Así, una medida sensible para abarcar tanto las expectativas del usuario como las de los médicos

involucrados en el proceso de la prestación del servicio de especialidad es el tiempo de espera para cirugía, porque de él depende con mucho la satisfacción del paciente que ve atendida su necesidad, y la del cirujano que puede atenderla.

De esta manera, con el cambio de estructura del hospital, se dejaron de operar alrededor de 30 pacientes mensuales de cirugía plástica, por la ocupación del quirófano en la Unidad de Quemados para realizar curaciones y cambios de apósitos de pacientes quemados.

El tiempo de espera para cirugía electiva tiene una relación directa con la extensión de la lista de espera, ésta a su vez aumenta con el ingreso de nuevos pacientes a ella. Si los pacientes que se suman a la lista de espera superan la capacidad de los equipos quirúrgicos para ejecutar la cirugía y evacuar pacientes listados se genera un tiempo de espera prolongado.

Una gerencia inadecuada lleva al especialista a atender nuevos pacientes y agregarlos a su lista, sin que puedan ser operados por falta de camas, tiempo quirúrgico o apoyo anestésico; además, la variación en el tiempo de espera en el caso de algunos procedimientos se puede deber a las variaciones dadas por diferentes cirujanos para dar el tratamiento quirúrgico; de esta forma, puede manipular la lista de espera para diferentes propósitos (por ejemplo, procurar el aumento de fondos para determinado servicio, que el paciente busque atención privada, o como símbolo de estatus).

El tiempo de espera para cirugía se puede ver influenciado no solo por la cantidad y eficiencia de los servicios de salud, sino por la magnitud de la demanda, con una relación directamente proporcional: a mayor demanda, mayor tiempo de espera (Contreras Loya et

al., 2015; Mills & Heaton, 1991). Sin embargo, no se cuenta con un dato exacto de la demanda de los servicios médicos en cirugía plástica para la ciudad y provincia.

La espera para cirugía electiva se impone como un termómetro de la calidad de atención en un servicio quirúrgico, da fe de los procesos que llevan al paciente desde su primera consulta en la especialidad hasta la ejecución de la cirugía, que sumado a la cantidad de re intervenciones e infección del sitio quirúrgico nos da una clara visión de la estructura y los procesos.

Se considera inaceptable que las personas esperen para cirugía planificada (que no es urgente) por más de un año, determinando el tiempo máximo en seis meses. Existen referencias bibliográficas de los sistemas médicos de España, Inglaterra y Canadá, en los que el aplazamiento de cirugía electiva de cadera, como un ejemplo, es de 13 semanas; en México el rango entre el percentil 50 y 90 está entre 5 y 39 semanas, con marcada diferencia entre distintos tipos de procedimientos (Contreras Loya et al., 2015; Mills & Heaton, 1991)

El tiempo de espera para cirugía electiva es un indicador de la gestión de calidad integral de un servicio quirúrgico porque en si incluye:

- a) Atención del facultativo: técnica y relación interpersonal para el cumplimiento de los procesos que llevan al paciente a la ejecución de su tratamiento quirúrgico desde su primera cita con el especialista. Implica el conocimiento técnico para resolver o atenuar el estado mórbido del paciente, la capacidad de explicar en términos claros el problema de salud y resolución al paciente, y los pasos que tiene que dar dentro del sistema de salud para alcanzar dicho tratamiento. Todo esto dentro de una estructura que brinde a los actores del proceso los recursos materiales, humanos dentro de una estructura organizativa.

- b) Contribución de paciente y familia: cumplimiento de los pasos en el proceso, que limitará las inasistencias a cirugía.
- c) Contribución del sistema sanitario: es el marco estructural y de procesos que dará como resultado la ejecución de la cirugía electiva.

Planteamiento del problema

Los cambios en la estructura organizativa en el III nivel del IESS generaron una importante disminución en la cirugía planificada porque dividieron la capacidad resolutive de un servicio, sin incrementar la capacidad física instalada o las facilidades para que las Unidades Técnicas de reciente creación crezcan en su cobertura y atención de cirugía.

Ocasionó una constante pugna por el tiempo quirúrgico, y una creciente lista de espera en Cirugía Plástica.

Este estudio pretende utilizar las listas de espera para demostrar el problema y encontrar una solución a través del cambio en los procesos que llevan al paciente desde su primera cita de especialidad a la ejecución de la cirugía.

Pregunta de investigación

- ✓ ¿Cuál es el promedio de tiempo de espera para cirugía electiva, como marcador del proceso de gestión de calidad, en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva (UTCPR) del HCAM?
- ✓ ¿Cuáles son los momentos de la verdad en los procesos, cuya modificación puede disminuir o alargar el tiempo de espera para cirugía electiva en la UTCPR del HCAM?

¿Puede ser modificado el tiempo de espera para cirugía en la UTCPR, toda vez que es variable dependiente del sistema de prestación médica del IESS, a través de la mejora en los procesos inherentes al servicio?

Justificación

Al estar ligados, por suerte y por desventura, a un sistema de atención sanitario en una transición de la seguridad social a un seguro universal estamos atravesando una serie de cambio y contradicciones inherentes al proceso en sí.

Esta condición nos impone estudiar esta modificación en la estructura organizativa, para que de manera oportuna se hagan los cambios en los procesos que llevan al resultado (no valorar el resultado de manera aislada), y de ser necesario, sugerir reformas a la estructura propuesta para mejorar la calidad en la atención.

Hipótesis y determinación de variables

Hipótesis.

H₁: La modificación en los procesos que llevan al paciente desde su primera consulta de especialidad hasta la ejecución de la cirugía electiva reduce el tiempo promedio de espera para cirugía electiva y como consecuencia mejoran la calidad en la asistencia sanitaria en cirugía plástica y reconstructiva.

H₀: La modificación en los procesos que llevan al paciente desde su primera consulta de especialidad hasta la ejecución de la cirugía electiva no reduce el tiempo

promedio de espera para cirugía electiva y como consecuencia mejoran la calidad en la asistencia sanitaria en cirugía plástica y reconstructiva.

Determinación de variables.

Tabla No. 1: Determinación de variables.

Nombre	Tipo	Variable
Datos demográficos	Cuantitativo	Independientes
Diagnóstico	Cuantitativo	Independientes
Cirugía	Cuantitativo	Independiente
Complejidad de Cirugía	Cuantitativo	Independiente
Suspensiones	Cuantitativo	Dependiente
Índice quirófano	Cuantitativo	Dependiente
Índice tratante	Cuantitativo	Dependiente
Índice tiempo muerto	Cuantitativo	Dependiente
Índice suspensiones	Cuantitativo	Dependiente
Índice producción	Cuantitativo	Dependiente
Tiempo de espera para cirugía electiva	Cuantitativo	Independiente
Tiempo de espera parcial A	Cuantitativo	Independiente
Tiempo de espera parcial B	Cuantitativo	Dependiente
Tiempo de espera parcial C	Cuantitativo	Dependiente

Objetivos

Objetivo general.

Determinar el promedio de tiempo de espera para cirugía electiva, como marcador del proceso de gestión de calidad, en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HCAM.

Objetivos específicos.

- a) Identificar los rangos mayores y menores de espera para cirugía electiva en la UTCPR del HCAM
- b) Establecer los momentos de la verdad en los procesos, cuya modificación altera el tiempo de espera para cirugía electiva en la UTCPR del HCAM.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marco teórico histórico

La definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea(a. Donabedian, 2001), es un reflejo de valores y metas vigentes de la sociedad y el sistema de asistencia sanitaria.

La calidad en la asistencia de salud posee distintos grados, cabe así la identificación de las variables que la definen: beneficios, riesgos, costos. Estas variables deben ser aplicadas en las dimensiones técnica, interpersonal y del sistema sanitario. En el diseño de este último se debe incorporar la interconexión e integridad de la cadena: estructura-proceso-resultado.(Hernández, 1990)

Cabe resaltar que la calidad está definida como un comportamiento normativo.(Hernández, 1990)

La estructura resume la manera en que se definen y operan los servicios.(Hernández, 1990)

Marco teórico referencial

Conceptualizar calidad es una tarea difícil, es mucho lo escrito bajo diversos enfoques. De esta forma: orientado a la competencia tiene implícita una comparación de sus propiedades con las demás de su tipo; con enfoque al cliente busca una la satisfacción de las necesidades del mismo, así se establecen las características generales demandadas en un servicio, no mencionaré las que se relacionan con un producto pues escapa del ámbito de este texto:

1. Fiabilidad
2. Capacidad de respuesta
3. Aseguramiento
4. Empatía
5. Tangibilidad

Al orientar el enfoque al producto/servicio, éste es de calidad cuando cumple con las especificaciones previamente establecidas para él, permite evaluar de manera objetiva el mayor o menor cumplimiento de las especificaciones. En contraste con el económico que procura el menos costo para la empresa para lograr la satisfacción del cliente. (Suárez Cabrera, n.d.)

Calidad se define como la capacidad de un producto o servicio de realizar de manera confiable lo que se supone que va a realizar y de satisfacer las expectativas del cliente (1). Para situarnos de manera adecuada en el contexto que nos atañe es menester recordar que al final de la cadena de producción de un hospital se encuentran los *servicios de salud* que éste ofrece a sus usuarios; de esta forma, debemos establecer que las dimensiones en la calidad de un servicio son:

1. Puntualidad
2. Cortesía
3. Consistencia
4. Conveniencia
5. Completitud
6. Precisión (Robbins et al., 2013)

El concepto de gestión de la calidad lleva implícito el logro de la excelencia a través de los cuatro roles gerenciales clásicos: planeación, organización, liderazgo y control (Cirugía Española, 2000; Robbins et al., 2013). Los objetivos que busca una gestión de calidad total en el sector salud son: reducir la variabilidad clínica no justificada, satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos, fomentar la mejora continua y cambiar la cultura de la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles (2). Junto a lo citado en líneas previas no debemos dejar de anotar que la calidad total nos lleva a realizar una gestión por procesos en la organización (Cirugía Española, 2000).

Se han establecido algunos medios para evaluar la calidad de un servicio como: normas ISO 9000, premios Baldrige (EE.UU.), el premio Deming (Japón) o, más recientemente, el premio Europeo a la calidad propulsado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total basado en su conocido Modelo de Excelencia (EFQM). (Cirugía Española, 2000)

Marco teórico conceptual

Se define cirugía electiva a la que se planifica con anticipación y no es ejecutada en situaciones emergentes o urgentes.

El concepto de tiempo de espera para cirugía electiva (tiempo transcurrido hasta que se realice la cirugía planeada) sufre variación entre diferentes sistema de salud, algunos inician su medida desde la referencia del médico general a la valoración por la especialidad quirúrgica, pero la mayoría de países inician la medición de este tiempo en la fecha de la consulta del paciente externo con el especialista en la que se toma decisión de tratamiento quirúrgico, y concluye con la ejecución de la cirugía. (Crump, Wing, Bansback, & Sutherland, 2015) En el primer caso lo definen como tiempo total de espera, que es “la suma del tiempo

en días desde la referencia inicial por el facultativo general a la fecha de la cirugía” (Abásolo, Barber, González López-Valcárcel, & Jiménez, 2014).

Hay amplias diferencias en las medidas de este lapso entre países, y aun dentro de un mismo país, y como lo miden, cuando comienzan la mediada y que medidas son presentadas. (Viberg, Forsberg, Borowitz, & Molin, 2013)

Existe discrepancia de tiempos de espera entre instituciones debida a las diferencias en productividad medida como cantidad de producción por recurso humano (número de cirugías por cirujano), quirófanos (número de cirugías por quirófano), número de procedimientos por unidad de equipo; cuya remediación debería comenzar por la implementación de un sistema institucional de monitoreo de tiempos de espera para procedimientos.

Cabe mencionar la experiencia en Inglaterra, donde se toman en la cuenta 3 tipos de tiempo de espera:

- 1- Espera completa, vista retrospectiva de pacientes que ya recibieron el cuidado.
- 2- Espera en marcha, mide la espera para pacientes que están en la lista de espera.
- 3- Tiempo de espera estimado, pronóstico de pacientes nuevos. (Contreras Loya et al., 2015).

La información objetiva de los tiempos de espera puede mejorar la distribución del cuidado de salud, la condición de salud de la población y satisfacción del público; coadyuvando a establecer los servicios que requieren más atención.

Marco teórico referencial

No se puede evitar el enrolamiento de pacientes en espera de cirugía proyectada, pero la magnitud de este diferimiento está ligada a ineficiencia de la distribución del cuidado en salud, prolongando el sufrimiento del paciente e insatisfacción en el público. No obstante, la lista de espera se constituye en herramienta importante para racionar el servicio en los sistemas de salud con costo monetario cero o bajo en el sitio de prestación. (Abásolo et al., 2014; Crump et al., 2015; Viberg et al., 2013)

El tiempo de espera para cirugía electiva, por su efecto directo en la condición del paciente, ha sido relacionado con riesgo de muerte, alargamiento de la estancia hospitalaria, aumento en el uso de derivados de la sangre, ingreso a unidades de cuidado intensivo, y complicaciones posoperatorias. Se ha demostrado un incremento de las probabilidades de ser hospitalizado si la espera es mayor a 29 días, y riesgo de muerte mayor con espera superior a los 31 días. (Contreras Loya et al., 2015; Crump et al., 2015).

El retraso en la atención de una cirugía proyectada, que tiene indiscutible relación con área geográfica y nivel socio económico, en algunos lugares resulta en mecanismos desarrollados por los pacientes para eludir las listas de espera, por ejemplo en Grecia se hacen pagos informales para saltar la cola. En contraste, los sistemas de salud con imposición de costo al paciente por el servicio el acceso es más rápido. (Viberg et al., 2013)

Abásolo y colaboradores hacen referencia al estudio de Smith en 3 hospitales escoceses en donde demostró que el tiempo para ser atendido en un hospital provee la mitad del tiempo total de espera, el otro 50% está dado por la consulta al paciente externo y el tiempo de espera entre listas. (Abásolo et al., 2014)

El resultado de un desequilibrio entre la oferta y la demanda de cirugía planificada genera el tiempo de espera, relación que está sujeta a la injerencia de algunas variables:

1. Demanda superior a la oferta, que determina una “fila” agravada si la variación en la oferta no se adapta a la variación en la demanda. Un ingreso mayor de casos nuevos engrosan las listas de espera frente a una pobre capacidad resolutive de una institución.
2. Frecuencia con la cual un procedimiento específico es ejecutado, tiene una relación directamente proporcional con la velocidad con la que un paciente sale de la lista de espera, que en muchos casos puede estar definida por las preferencias del cirujano. Cabe mencionar que las listas de espera son comúnmente compuestas por pacientes que necesitan una limitada variedad de cirugías.
3. Disposición de camas, es inversamente proporcional a la lista de espera: a mayor disposición de camas, menor será la lista de espera. Relación semejante se observa para el tiempo quirúrgico asignado (que se ve afectado por la capacidad instalada en quirófanos, instrumental, insumos y personal de enfermería y anestesiología).
4. En menor grado en el gasto per capital del sistema de salud público (Mills & Heaton, 1991; Viberg et al., 2013)

A esto se debe sumar a referencia inadecuada de personas para evaluación quirúrgica que ocupan espacio en lista de espera a expensas de pacientes con referencia adecuada. Estos pacientes podrían ser derivados a intervenciones educativas o programas de vigilancia activa, en lugar de consumir el tiempo y recursos de especialistas y hospitales.

Otro factor de importancia es el cambio de decisión de paciente durante el tiempo de espera, es decir, una vez planificado el procedimiento quirúrgico desiste de la cirugía, lo que se refleja en suspensión de cirugía por ausentismo de los pacientes.

La mediana quizá sea la mejor forma de medir el tiempo de espera típico para pacientes porque es menos sensible a los valores atípicos, y el tiempo de espera generalmente tiene un pequeño número de pacientes que han esperado por un largo tiempo. (Viberg et al., 2013) Otras medidas del tiempo de espera son:

- 1- Promedio, mediana, percentil 90, percentil 95
- 2- Número de pacientes en espera.
- 3- Número de pacientes en espera por habitante.
- 4- Número de pacientes esperado dentro de cierto intervalo de tiempo.

Se han ensayado varios modelos para abordar el problema que incluyen: intervenciones de oferta o demanda, incrementar el número de recursos físicos y humanos, uso la capacidad disponible de otros hospitales públicos vecinos. (Contreras Loya et al., 2015) Del lado de la demanda, incluir la priorización de acuerdo a la necesidad y la consecuente gestión de las listas de espera; del de la oferta lo incremento de recursos físico y humanos que lleva un costo mayor para el sistema. De acuerdo con nuestra realidad el cambio organizacional para la mejor administración de los recursos existentes sea la mejor opción.

Para concluir debemos tener presente las dimensiones de calidad focalizada en la experiencia del paciente desde la perspectiva del individuo y de la población, al momento de evaluar el manejo del diferimiento de cirugías planificadas:

1. Accesibilidad, el servicio de salud es alcanzado e incluye nociones de equidad en términos de distribución del cuidado de salud y sus beneficios de acuerdo a las necesidades de la población.
2. Oportunidad, el cuidado que se provee está basado en la evidencia y es específico para las necesidades clínicas individuales.
3. Aceptabilidad, el cuidado es respetuoso a las preferencias personales y familiar del pacientes, necesidades y valores.
4. Seguridad, evitar el daño resultado del cuidado
5. Efectividad, cuidado que es conocido para lograr los resultados previstos. (Committee, 2015)

El objetivo final al tratar este tópico será el desarrollo de un mecanismo para el racional manejo de la provisión de servicios de salud.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo de estudio:

Se propone un estudio cuali-cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional del proceso de gestión de calidad, a través de la evaluación del tiempo de espera para cirugía electiva en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva (UTCPR) del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

2. Lugar del estudio y período de investigación

Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital “Carlos Andrade Marín”, que entró en funciones desde la inauguración del hospital en 1970. Esta dentro de una Unidad Médica de III nivel del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la ciudad de Quito.

De acuerdo con la resolución No. CD 468, que establece la organización de Unidades de III nivel del IESS, es una de las 16 Unidades Técnicas Quirúrgicas dependientes de una Jefatura de Área de Cirugía, que a su vez depende de la Coordinación de Hospitalización y Ambulatorio.(IESS, n.d.).

Cuenta con las siguientes facilidades para brindar la prestación médica de especialidad en el HCAM:

- a. 4 camas de hospitalización
- b. 30 a 40 pacientes hospitalizados en otros servicios del hospital al cuidado diario de UTCPR. Cada médico tratante pasa visita a 13 pacientes al día.
- c. Promedio de 32 interconsultas al día
- d. 3 médicos tratantes

- e. 6 médicos residentes
- f. 1 interno rotativo
- g. 27 horas de quirófano a la semana
- h. Promedio de 18 pacientes atendidos por día de consulta externa por cada tratante.

3. Universo y muestra

Se tomarán como muestra todos los pacientes sometidos a cirugía electiva en el lapso de 3 meses, que representa el 25 % de la producción de la Unidad Técnica en el año.

4. Criterios de inclusión

Todos los pacientes PROGRAMADOS para cirugía electiva en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva desde el 1ro de octubre al 31 de diciembre del 2015.

5. Criterios de exclusión

- Historias incompletas o erróneas
- Tiempos mayores a 3 años, no son representativos de trazadores clínicos seleccionados.
- Pacientes sometidos a cirugía emergente o urgente.

6. Informe del Comité de Bioética

- La información recabada en este estudio será única y exclusivamente para fines investigativos.
- No implica riesgo de daño alguno a los participantes.

7. Recolección de datos

- a. Encuesta al Jefe de Unidad Técnica.-
 - i. Cantidad y conformación de equipos quirúrgicos

- ii. Detalle de los procesos para llevar a un paciente desde su primera cita de especialidad a la ejecución de la cirugía planificada.
- b. Recolección de datos de lista de espera en base de datos de Excel:
- i. Datos del paciente: nombres completos, cédula de identidad, historia clínica, edad, sexo, raza.
 - ii. Fecha de primera consulta de especialidad
 - iii. Diagnóstico a la primera consulta
 - iv. Fecha de la consulta en la cual se planificó su cirugía.
 - v. Detalle del motivo por el cual no se realizó la cirugía planificada, si es ese el caso.
- c. Recolección de datos en base de datos Excel de las historias clínicas de las cirugías ejecutadas en el lapso señalado en la cual se detallará lo siguiente:
- i. Datos del paciente: nombres completos, cédula de identidad, historia clínica, edad, sexo, raza.
 - ii. Fecha de primera consulta de especialidad
 - iii. Diagnóstico a la primera consulta
 - iv. Fecha de la consulta en la cual se planificó su cirugía
 - v. Fecha de cirugía
 - vi. Complejidad de cirugía: baja, media, alta, muy alta.
 - vii. Diagnóstico al alta.
 - viii. Si se suspende la cirugía, se consignará el motivo.

Encuesta de satisfacción al paciente una vez dado de alta del servicio.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Indicadores.

Tabla No. 2: Indicadores

	Nombre	Tipo	Variable	Definición	Medida
Indicadores de producción	Datos demográficos	Cuantitativo	Independientes	Edad, sexo, raza, procedencia	Medidas de tendencia central y frecuencia
	Diagnóstico	Cuantitativo	Independientes	Diagnóstico CIE10	Medidas de tendencia central, frecuencia, diagrama de Pareto
	Cirugía	Cuantitativo	Independiente	Tarifario 2014	Medidas de tendencia central, frecuencia, diagrama de Pareto
	Complejidad de Cirugía	Cuantitativo	Independiente	Grado de dificultad técnica o por condición de paciente en la ejecución de un procedimiento	Medidas de tendencia central, frecuencia, diagrama de Pareto
	Suspensiones	Cuantitativo	Dependiente	Cirugía planificadas que no se	Medidas de tendencia central,

				realizaron en la fecha establecida	frecuencia, diagrama de Pareto
	Índice quirófano	Cuantitativo	Dependiente	Número de cirugías/tiempo quirúrgico a la semana en determinada sala de cirugía	Índice/ Indicador
	Índice tratante	Cuantitativo	Dependiente	Número de cirugías por complejidad por semana/tiempo quirúrgico semana	Índice/ Indicador
	Índice tiempo muerto	Cuantitativo	Dependiente	Tiempo entre cirugía y cirugía en un programa quirúrgico.	
	Índice suspensiones	Cuantitativo	Dependiente	No. de cirugías ejecutadas/ No. de cirugías suspendidas	Índice/ Indicador
	Índice producción	Cuantitativo	Dependiente	No. cirugías ejecutadas/ No. de recursos (físico y humano)/	Índice/ Indicador
Indicadores de oportunidad	Tiempo de espera para cirugía electiva	Cuantitativo	Independiente	Tiempo transcurrido entre primera cita y ejecución	Sumatoria de tiempo parcial B+C Medidas de

				de cirugía	tendencia central, distribución y frecuencia.
	Tiempo de espera parcial A	Cuantitativo	Independiente	Tiempo transcurrido 1ra cita en sistema de salud a cita con especialista	Medidas de tendencia central, distribución y frecuencia.
	Tiempo de espera parcial B	Cuantitativo	Dependiente	Tiempo transcurrido entre 1ra cita y cita en la que se planifica cirugía electiva	Medidas de tendencia central, distribución y frecuencia.
	Tiempo de espera parcial C	Cuantitativo	Dependiente	Tiempo transcurrido entre la planificación de cirugía y su ejecución.	Medidas de tendencia central, distribución y frecuencia.

Encuesta de satisfacción al paciente: arrojará datos cualitativos que se interpretaran de acuerdo a escala.

1. Herramientas a utilizar

a) Indicadores de producción

- a. Datos demográficos: medidas de tendencia central y frecuencia
- b. Índice quirófano: No. cirugías ejecutadas/tiempo quirúrgico en determinado quirófano.

- c. Índice médico tratante: No. cirugías ejecutadas por complejidad por tratante/tiempo quirúrgico diario asignado.
 - d. Diagnóstico: medidas de tendencia central, frecuencia y diagrama de Pareto.
 - e. Cirugía: medida de tendencia central, frecuencia y diagrama de Pareto.
 - f. Suspensiones: medida de tendencia central, frecuencia y diagrama de Pareto.
 - g. Índice de tiempo muerto entre cirugías: tiempo quirúrgico efectivo/tiempo quirúrgico asignado en el día.
 - h. Índice producción: cantidad de recursos disponibles/cantidad de procedimientos ejecutados/cantidad de recursos disponibles (físicos: quirófanos, tiempo quirúrgico, humanos: cirujanos y ayudantes)
- b) Indicadores de oportunidad
- a. Tiempo entre primera cita y consulta con el especialista
 - b. Tiempo entre la consulta con el especialista y la programación de la cirugía
 - c. Tiempo entre la programación del procedimiento y su ejecución.
- c) Presentación de los datos obtenidos en sesión ampliada de servicio (médicos tratantes, residentes, personal administrativo, trabajo social y enfermería)
- a. Diagrama causa efecto
 - b. Lluvia de ideas
 - c. Análisis de diagramas de Pareto
 - d. Identificación de momentos de la verdad.

2. Tabulación y análisis de la información: La recolección y análisis será llevada a cabo en Excel.

La encuesta al Jefe de Unidad nos da los primeros datos de la organización, es decir:

- Actuación de facultativos:
 - a. Técnico: cantidad de guías de práctica clínica usadas, reuniones científicas, formación continua.
 - b. Relación con el paciente: quejas de los usuarios del servicio.
- Estructura:
 - a. Recursos materiales:
 - i. Tiempo quirúrgico disponible
 1. Medido en horas a la semana dedicadas a la especialidad
 - ii. Área de consulta externa
 1. Cantidad de consultorios disponibles
 - a. Tiempo dedicado a la atención en la consulta externa a la semana
 2. Área de procedimientos
 - a. Tiempo dedicado a la atención en de procedimientos quirúrgicos en consulta externa a la semana.
 - iii. Equipamiento para procedimientos generales y específicos
 - b. Recursos humanos
 - i. Cantidad de médicos especialistas
 - ii. Cantidad de residentes
 - iii. Personal administrativo: secretaria y trabajo social.

c. Estructura organizativa

- i. Equipos operativos para cirugía planificada, atención ambulatoria, de hospitalización y en emergencia.
- ii. Distribución de tareas

Los datos recolectados de las listas de espera y cirugía planificada realizada serán analizados de la siguiente manera:

- Datos demográficos: medidas de tendencia central y frecuencia. Esto nos permitirá identificar cuál es el grupo de la población que requiere el servicio de especialidad.
- Diagnóstico primera consulta de especialidad, y de cirugía electiva realizada: medidas de frecuencia y diagrama de Pareto. Nos indicará cuales es la patología que merece mayor atención en la prestación de la asistencia sanitaria de especialidad. Así mismo, podremos identificar si existe alguna condición mórbida, que por preferencia de los cirujanos, es dejada a un segundo plano en la programación, a fin de poder estudiar las causas de esto, tomando en la cuenta la prioridad que merece cada patología.
- Los indicadores de producción y oportunidad nos darán datos sobre el desempeño de los recursos humanos versus capacidad instalada, y si los problemas que están resolviendo se ajustan al nivel de complejidad señalado para la especialidad dentro del nivel asignado para el hospital. Estos datos en tiempo y cantidad se correlacionarán con los momentos de la verdad considerados en el proceso para brindar la prestación de especialidad a fin de establecer en cuáles se dilata el éste
- La presentación de los datos obtenidos en una reunión ampliada tendrá dos objetivos:

Presupuesto

Tabla N. 4: Presupuesto.

RUBRO	ACTIVIDADES	COSTO
LOGÍSTICA	Movilización	600
	Reuniones	
MATERIALES	Impresos	400
TECNOLOGÍA	Llamadas	600
	Internet	
HUMANO	Directo	2000
	Indirecto	
DIFUSIÓN	Exposiciones	1000
Total		4600

RESULTADOS ESPERADOS

Este estudio pretende el desarrollo de un mecanismo para el manejo equitativo de la provisión de servicios quirúrgicos en la Unidad Técnica de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HCAM; para este fin, el análisis de los procesos y organización con sus resultados actuales nos ayudará a establecer parámetros cuantificables e identificar falencias en los mismos. Esta información será evaluada con los actores del proceso en base a los mencionados datos obtenidos del último trimestre del año 2015.

La sugerencia de cambios en la organización del servicio y sus procesos al brindar la prestación de salud permitirá una gerencia efectiva y eficaz en el racionamiento racional de la prestación para hacer frente a una demanda creciente con una oferta limitada del servicio de especialidad.

REFERENCIAS

- Abásolo, I., Barber, P., González López-Valcárcel, B., & Jiménez, O. (2014). Real waiting times for surgery. Proposal for an improved system for their management. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28(3), 215–21. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.011>
- CDC. (2014). CDC / NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. Retrieved from http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf
- Cirugía Española. (2000). Gestión de la calidad de un servicio de cirugía general. *Cirugía Española*, 67(4), 372–380. Retrieved from www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/articulo_especial_abril2000.doc
- Contreras Loya, D., Gómez Dantés, O., Puentes, E., Garrido Latorre, F., Castro Tinoco, M., & Fajardo Dolci, G. (2015). Waiting times for surgical and diagnostic procedures in public hospitals in Mexico. *Salud Pública de México*, 57(1), 29–37. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Crump, T., Wing, K., Bansback, N., & Sutherland, J. M. (2015). Surgical assessment: measuring unobserved health. *BMC Surgery*, 15, 4. <http://doi.org/10.1186/1471-2482-15-4>
- Donabedian, a. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, S11–27.
- Donabedian, A. (2001). La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial*, 16, S80–S87.
- Hernandez, R. (1990). Páginas de Salud Pública. *Salud Pública de México*, 32(2), 248–249. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217>
- IESS, C. D. del. (n.d.). RESOLUCIÓN No. CD 468, *Resolución*, 1–36.
- Mills, R. P., & Heaton, J. M. (1991). Waiting list initiatives: crisis management or targeting of resources? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(7), 405–407.
- Robbins, S., Decenzo, D., & Coulter, M. (2013). *Fundamentos de Administración* (8va ed.). México: Pearson.
- Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1-2), 53–61. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>

